

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 42.

Warszawa d. 20 Października 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego. Lithiasis ductus choledochi chronica. Napisał W. H. Krajewski. — Uwagi praktyczne w sprawie dawkowania kamfory, eteru i przetworów belladony oraz w sprawie stosowania morfiny. Podał Wł. Janowski. — Nowotwór śródpiersia i rdzenia. Podali E. Flatau i J. Koelichen. (Ciąg dalszy). — IV międzynarodowy Zjazd w sprawie medycyny ubezpieczeniowej. — Ruch chorych za wrzesień. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. H. Krajewski — Lithiasis chronique du ductus choledochus. 2) D-r W. Janowski — Considérations pratiques sur le dosage du camphre, de l'éther et des préparations de la belladonne et sur l'application de la morphine. 3) D-r E. Flatau et J. Koelichen — Un cas de tumeur du médiastine et de la moelle.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. H. Krajewski — Chronische Verstopfung des Ductus choledochus durch einen Stein. 2) D-r Wł. Janowski — Praktische Bemerkungen über die Dosierung des Camphers, des Ethers und der Belladonnapräparate sowie über die Anwendung des Morphins. 3) D-r E. Flatau u. J. Koelichen — Ein Fall von Neubildung des Mediastinum und des Rückenmarkes.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — Krakowskie przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego

Lithiasis ductus choledochi chronica.

(odeczytane w skróceniu na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek.)

napisał

W. H. KRAJEWSKI

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

„U nas niema prawie wcale chirurgii dróg żółciowych“, pisze z żalem kolega HERMAN w swem zwięzłym, a dobrze napisanym zestawie-

niu nowszych poglądów na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie. Istotnie, jeślibyśmy sąd swój chcieli oprzeć na tych danych, które są rozsiiane w naszym piśmiennictwie peryodycznem lekarskiem, to orzeczenie kol. HERMANA wyda nam się usprawiedliwione.

Podjąłem poszukiwania pod tym względem, których zresztą, dzięki „Wykazowi oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do r. 1890 włącznie“ oraz „Przeglądowi piśmiennictwa lekarskiego polskiego“, wydawanemu staraniem Towarzystwa lekarskiego Warszaw-

skiego, do mozolnych zaliczyć nie można. Poszukiwania te wykryły, co następuje:

Ogólna liczba operacji, wykonanych z powodu różnych cierpień dróg żółciowych, a zaznaczonych w druku, wynosi zaledwie 119, a mianowicie:

Cholecystostomii	wykonano	65	wyodr.	57,	zmarło	8
Cholecystectomii	"	14	"	12	"	2
Choledochotomii	"	5	"	3	"	2
Cholecystenterostomii	"	10	"	7	"	3
<i>Cysticotomy</i>	"	1	"	1	"	0
<i>Ligatura d. cystici</i>	"	1	"	1	"	0
Ropni żółciowego pochodzenia otworzono		3	"	2	"	1
Laparotomii próbnych wykonano		2	"	1	"	1
Nie wiadomo jakich dokonano operacji		18	"	15	"	3
Suma ogólna		119	"	99	"	20

A oto szczegółowa tablica z wykazem operatorów oraz źródeł:

(Patrz str. 786 i 787).

Nie ulega wątpliwości, plon to nie obfity. Nadto większość zebranego materiału nosi charakter dorywczych, wyrwanych z szeregu komunikatów lub demonstracji, których ani do statystyki, ani w celu rozszerzenia naszych wiadomości o patologii i rozpoznawaniu, ani nawet terapii kamicy żółciowej zużytkować nie można. Serye obserwacji ogłosili jedynie: JAWDYŃSKI (2), OBALIŃSKI (3), SZUMAN (4, 5), KRAJEWSKI (6) i KADER (7). W dodatku z tych prac, obejmujących grupy obserwacji, tylko serye JAWDYŃSKIEGO, OBALIŃSKIEGO i SZUMANA nadają się do zużytkowania statystycznego, podczas gdy referaty: mój (1900 r.) i KADERA (1903 r.) są streszczone tak niedokładnie, iż nawet nie można z nich dowiedzieć się, jakie operacje były wykonane u naszych chorych. Ponieważ oba te referaty nie były ogłoszone drukiem, więc i pożytku z nich niema. W powyższej tablicy brak co do moich przypadków poprawiłem, posilkując się zachowanym rękopisem me-

go referatu, ale statystyki KADERA przytoczyć nie mogłem inaczej, niż jest w druku.

Tak więc, o ile chodzi o dokumenty drukowane, kol. HERMAN ma rację: chirurgii dróg żółciowych u nas niema. Nieco inaczej rzecz ta przedstawia się jednak z praktycznego punktu

widzenia. Nie wiem, co się dzieje pod tym względem w Krakowie, Lwowie i Poznaniu, poruszę więc tylko stosunki warszawskie. Otóż u nas, chociaż o tem nie piszemy, chirurgia dróg żółciowych w praktyce uprawiana jest na stosunkowo szeroką skalę. Znam kilku kolegów w Warszawie, posiadających już obecnie spore w tym dziale chirurgii doświadczenie, a jednak skromnie dotychczas chroniących swe obserwacje przed argusowym wzrokiem Zoila — drukowanego słowa.

Chcąc pobudzić tych kolegów, których mam na myśli, do ogłoszenia chociażby tylko liczbowej własnej statystyki, przytaczam tu liczbowe sprawozdanie z całkowitego dorobku mego na polu chirurgii dróg żółciowych. Chirurgię wątroby (*echinococcus, cyrrhosis, morbus Banti, gummata etc.*) ze statystyki tej wyłączyłem.

Od roku 1885, t. j. od pierwszej mojej cholecystostomii, do d. 1 sierpnia 1906 r. wykonałem, z powodu chorób dróg żółciowych, ogółem 104 laparotomie. Właściwie rękoczynów było więcej (jeśli liczyć sposobem KEHR'a) ale chorych operowałem 104. U niektórych chorych

OPERATOR — ŹRÓDŁO	RODZAJ OPERACJI.	Liczba ogólna.	Wyzdro. resp. popra- wiło się.	ZMARŁO.
1. KOSIŃSKI. Przegl. Lek. 1887 r. str. 613 i Medycyna 1899 r. str. 502.	Cholecystectomy Cholecystenterostomia.	1 1	1	1
2. ZAGÓRSKI. Przegl. Lek. 1887. str. 613.	Cholecystostomia.	1	1	
3. ZIELEWICZ Przegl. Lek. 1887. str. 682.	Ligatura ductus cystici	1	1	
4. JAWDZYŃSKI Pam. Tow. Lek. Warsz. 1888 roku str. 145. Przegl. Chirurg 1893. t. 1. str. 9.	Cholecystostomia. Cholecystectomy.	8 1	7	1 1
5. MATLAKOWSKI. Gaz. Lek. 1891. str. 481.	Cholecystostomia. Cholecystectomy.	1 1	1 1	
6. BUKOWSKI. Gaz. Lek. 1893. str. 629.	Cholecystectomy.	1	1	
7. BOGDANIK. Przegl. Lek. 1896. str. 1.	Cholecystostomia. Cholecystenterostomia.	1 1	1 1	
8. OBALIŃSKI. Zbiór prac ku uczczeniu pamięci Prof. A. Obalińskiego. 1899. roku str. 127.	Cholecystostomia. Cholecystenterostomia. Otworzenie ropni żółciowego pocho- dzenia. Laparotomia probatoria.	11 4 3 2	10 1 2 1	1 3 1 1
9. RUTKOWSKI. Przeg. Lek. 1889 r. str. 319, 363 i 397.	Cholecystectomy.	2	2	
10. MIECZKOWSKI. Dziennik IX Zjazdu lekarzy pol- skich, w Krakowie. str. 142. Gaz. Lek. 1900. str. 988.	Cholecystectomy.	1	1	
11. KRAJEWSKI. Dziennik IX Zjazdu lekarzy pol- skich w Krakowie. str. 148. Gaz. Lek. 1900. str. 988.	Cholecystostomia. Cysticotomy. Choledochotomy. Cholecystenterostomia.	23 1 2 4	20 1 4	3 2

OPERATOR – ŹRÓDŁO.	RODZAJ OPERACJI.	Liczba ogólna	Wyzdrow. resp popra- wiło się.	ZMARŁO.
12. ODERFELD. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1900. str. 356. Przegl. Lek 1901. str 454.	Cholecystostomia.	2	2	
13. SZUMAN. Nowiny lek. 1901. str. 78 i t. d. Przeg. chir. 1903. t. V. str. 159.	Cholecystostomia Cholecystectomy. Cholelithotomy. Nie podano rodzaju operacji.	11 2 2 2	9 2 2 2	2
14. KADER. Przeg. lek. 1903. str. 587. i Przegl. lek. 1904 str. 589.	Cholecystectomy. Nie podano rodzaju operacji.	3 16	3 13	3
15. WEHR. Przegl. Lek. 1903. str. 588	Cholecystostomia.	1	1	
16. TRZEBICKI. Przegl. Lek. 1902. str. 751.	Cholecystostomia	2	2	
17. SAWICKI. Pam. Tow. Lek. 1903 str. 716.	Cholecystectomy.	1	1	
18. COHN. Czasopismo Lek. 1904. str. 422.	Cholecystostomia.	1	1	
19. ZIEMBICKI. Przegl. lek. 1904. str. 335. Kronika Lek. 1895. str. 681.	Cholelithotomy. Cholecystectomy.	1 1	1	1
20. CIECHOMSKI. Gaz. Lek. 1906. str. 228.	Cholecystostomia.	1		1
21. KRYŃSKI. Gaz. Lek. 1906 r. str. 229.	Cholecystostomia.	2	2	
22. GABSZEWICZ. Gaz. Lek. 1906. str. 679.	Cholelithotomy.	1		1
	Suma	120	98	22

musiałem wykonywać zabiegi dodatkowe podczas dokonywania operacji na drogach żółciowych; u innych po pewnym czasie musiałem uciec się do nowego zabiegu wskutek niedostateczności pierwszego lub pozostawiania przetoki żółciowej. Otóż ani tych zabiegów dodatkowych (których wykaz poniżej przytaczam), ani powtórnych operacji nie liczę oddzielnie.

Pomiędzy tymi 104 chorymi: 89 cierpiało na kamicę żółciową, 15 zaś miało złośliwe nowotwory pęcherzyka, trzustki, kanału wątrobowego, czasami w związku z obecnością kamieni w drogach żółciowych, czasem zaś bez nich. Kolosalną przewagę w moim materiale stanowią kobiety — 84 przypadki. Mężczyzn operowałem tylko 20, a pomiędzy nimi 8 z powodu złośliwego nowotworu *resp. pancreatitis chronica*. O istnieniu przewlekłego zapalenia trzustki wnioskowałem zazwyczaj dopiero z dalszego przebiegu, gdyż rozpoznanie podczas operacji brzmiało zawsze: *tumor pancreatis solidus* bez bliższego określenia. Otóż, o ile u takich chorych po wykonaniu cholecystenterostomii następowała szybka poprawa, utrzymująca się całe lata, o tyle musiałem przypuścić, iż miałem do czynienia z chronicznym zapaleniem trzustki.

U tych 104 chorych wykonałem następujące zabiegi operacyjne:

I. Cholelithiasis.

	Ogółem	Wyzdrowiało	Zmarło
Cholecystostomia	53	50	3
Cysticectomy	2	2	—
Cholecystectomy	19	16	3
Choledochotomy	3	1	2
Choletomya totalis Delagénière	8	7	1
Cholecystenterostomya	4	4	—
Suma	89	80	9

a więc operacje z powodu kamicy dały 10,1% śmiertelności:

II. Tumores.

	Ogółem	Wyzdrowiało	Zmarło
Cholecystostomia	3	—	3
Cholecystectomy	2	1	1
Choledochotomy	1	—	1
Cholecystenterostomya	4	4	—
Laparotomia probatoria	5	4	1
Suma	15	9	6

czyli operacje z powodu guzów dały 40% bezpośredniej śmiertelności.

Naturalnie przy guzach o prawdziwym wyzdrowieniu mowy niema, była to tylko względna poprawa, zniknięcie na pewien czas przynajmniej niektórych niepokojących objawów (jak np. swędzenie, żółtaczka etc.). Zaledwie w tych paru przypadkach przewlekłego zapalenia trzustki, o których wyżej wspomniałem, nadspodziewanie znikły wszelkie objawy i chorzy po kilku latach czuli się zupełnie dobrze.

W kilku przypadkach obok operacji na drogach żółciowych musiałem wykonać dodatkowe operacje dla zaradzenia różnym zbieżniom, wywołanym długotrwałym zapaleniem dróg żółciowych, jak: przewężenia i przetoki przewodu pokarmowego. Oto ich lista:

Rękoczynny dodatkowe.

	Ogółem	Wyzdrowiało	Zmarło
Gastroenterostomya	2	2	—
Enterocanastomosis	1	—	1
Consutio fistularum intestinalium	3	2	1
Resectio processus vermiformis	3	3	—
Suma	9	7	2

Odnotowane tutaj dwie śmierci są już wliczone do tablic, wykazujących ogólną liczbę operowanych przeze mnie przypadków. Ostatnie zestawienie podałem tylko dlatego, aby wykazać, iż w moich przypadkach dodatkowe ręko-czynny nie powiększyły zbytecznie ogólnej śmiertelności. Nie mam też potrzeby wyłączać ich z ogólnego statystycznego obliczenia, jak to czyni KEHR.

(C. d. n.).

**Uwagi praktyczne w sprawie
dawkowania kamfory, eteru i przetworów belladony
oraz w sprawie stosowania morfiny.**

Podał

Władysław Janowski,

Docent Akademii i Ordyn. Szpit. Dz. Jezus w Warszawie.

Najprostsze rzeczy wymagają jednak co pewien czas dość szczegółowego wyjaśnienia. Do takich właśnie zaliczyć muszę dawkowanie, względnie stosowanie omówionych w tytule środków leczniczych. Pobudką do poruszenia tej sprawy, i to umyślnie w szerszym gronie kolegów, dla umożliwienia ew. starcia się zdań, jest dla mnie dość dawno spostrzegany fakt wielkiej bojaźliwości przy stosowaniu kamfory, eteru, a nawet belladony i morfiny. Środki te stosowane są u nas prawie powszechnie w tak małych dawkach, że nie mogą przynieść oczekiwanej od nich ulgi, pierwsze zaś dwa z nich stosowane są u nas nadto przeważnie zbyt późno.

Z tego powodu miałem dużo rozpraw z kolegami różnych specjalności i generacji, namawiając ich do większej stanowczości w stosowaniu, zwłaszcza kamfory i eteru, najczęściej napróżno. Ponieważ jednak doświadczenie moje osobiste coraz bardziej mnie przekonywa, że postępowanie moje pod tym względem najbardziej odpowiada celowi, ponieważ nadto przekonałem się osobiście, że na zachodzie, a przy-

najmniej w Niemczech i Austrii, stanowczość w stosowaniu wszystkich wymienionych wyżej leków jest nierównie większa, niż u nas w Królestwie, przejrzałem więc kilka podręczników farmakologii i monografii o leczeniu chorób serca, nerek i t. d., aby się przekonać, czy bardziej odemnie ostrożni koledzy nie opierają swego sposobu postępowania na powadze rzeczonych dzieł. Gdy się przy tem przekonał, że tak nie jest, że właśnie moje postępowanie jest zgodne z radami, dawaniami przez najlepsze podręczniki i monografie, postanowiłem sprawę tę poruszyć w szerszym kole, aby umożliwić dojście do bardziej jednolitego w niej postępowania. Jest to tem konieczniejsze, że, biorąc rzecz praktycznie, nie może być prawie kwestyi ważniejszej od mającej tu być poruszanej, idzie w niej bowiem co najmniej o skrócenie choremu najprzykrejszych dolegliwości, a często nadto o wy-darcie go śmierci.

* * *

Zaczynam od kamfory, gdyż ujednolajnienie sposobu postępowania z tym środkiem wydaje mi się najważniejszym. Aczkolwiek może się to wydawać dziwnem, jednak do zeszłego roku nie była dokładnie znana dawka trująca tak prastarego środka, jakim jest kamfora. Wiadomo wprawdzie oddawna, że środek ten działa na owady trująco nawet w najmniejszych dawkach, że u żab paraliżuje od razu mlecz pacierzowy i zakończenia nerwów ruchowych, ale co do ciepłokrwistych, to nawet w najnowszej farmakologii BERNATZIK-VOGL'a¹⁾ znajdujemy tylko niedokładną wzmiankę, że śmiertelną dawką dla kotów jest 1.2, dla królików 3.0, a dla psów 8.0. Ostatnią dozę wymieniony podręcznik podaje na odpowiedzialność HUSEMAN'a. Co do ludzi, to BERNATZIK i VOGL zaznaczają, że dawka trująca kamfory waha się

¹⁾ Bernatzik-Vogl. Lehrbuch der Arzneimittellehre. Berlin-Wien. 1900. Str. 632- a.

w granicach od 2.0 do 12.0 gr., dodają jednak, że indywidualność może tu grać dużą rolę, gdyż znany jest przypadek śmierci 11-letniej dziewczynki po zażyciu 3 dawek o 0.3.

Dopiero ogłoszone w grudniu 1905 r. badania Karola HAPPICH²⁾, oparte na 35 doświadczeniach, wykonanych na 20-u królikach, wykazały, że dawką śmiertelną kamfory, wstrzykniętej do żył, jest 0,1 na 410 grm. wagi ciała zdrowego człowieka i zwierzęcia. Wynika ztąd, że śmiertelną dawką kamfory dla przeciętnego człowieka, licząc około 60 kilo wagi, jest 15 gr. Liczbę tą jednak możnaby jeszcze powiększyć, gdyż oparta jest na doświadczeniach z zastrzykiwaniem tego środka wprost do żył (w 40% wyskoku i nie może, zdaniem mojem, być uważana za istotnie maksymalną przy stosowaniu kamfory zwykłym — pod skórę lub do wewnątrz.

Tak wielka dawka dotyczy jednak organizmu względnie zdrowego.

Potwierdziwszy, mianowicie, dawne badania SCHMIDBERG'a i Hansa MEYER'a, że tylko nieznaczna część kamfory zostaje z organizmu wydalona w stanie niezmiennym drogą płucną³⁾, HAPPICH tłumaczy tak znaczną tolerancję organizmu względem kamfory, również w myśl powyższych dwóch autorów, tem, że pozostała znaczna większość kamfory zostaje w organizmie związana z kwasami α i β glukuronowym i amidoglukuronowym. Powstałe ztąd związki nie mają ani działania leczniczego, ani trującego.

Wszelako w tej tak prostej tajemnicy tolerowania znacznych dawek kamfory tkwi i okoliczność, tłumacząca, dlaczego pewne organizmy mogą być otrute przez dawkę kamfory nie-równie mniejszą od powyżej wskazanej. Wiadomo, mianowicie, że kwas glukuronowy po-

wstaje z utlenienia dekstrozy. Może więc go w organizmie brakować, jeżeli albo

a) cukier nie ulega w nim normalnemu spalaniu wskutek, np., moczwki cukrowej, ciężkich cierpień wątroby, otrucia chloral - hydrazatem;

b) albo brak w organizmie cukru wskutek długiego jego ogłodzenia i wyniszczenia, wskutek np. charłactwa;

c) albo brak w nim tlenu, potrzebnego do utlenienia cukru, jak np. przy otruciu kwasem węglowym.

W przypadkach, należących do powyższych trzech kategorii, cała kamfora, nie mając się z czem związać, krąży we krwi wolna i działa wskutek tego trująco w dawkach znacznie mniejszych, niż 0.1 na 410 grm. wagi ciała. Przekonał się o tem HAPPICH doświadczalnie.

Mianowicie, wykazał on, że te same króliki, które znosiły przedtem zupełnie dobrze 0.08 kamfory, padały od tej samej dawki, a nawet od 0,02 — 0,04, wstrzykniętej im w 6 — 9 dni po zupełnem głodzeniu, albo po sztucznem przesyceniu krwi kwasem węglowym. Jedy-nym sposobem przywrócenia im normalnej tolerancji kamfory jest wstrzyknięcie razem z nią roztworu kwasu glukuronowego, co, z powodu łatwego rozkładania się tego związku, udaje się zaledwie w połowie doświadczeń.

Przyjmując wyniki powyższych badań bardzo seryo, sędzę, że nie będzie najmniejszą nie-ostrożnością, jeżeli, wobec ich brzmienia, powiem, że za jednorazową dawkę maksymalną kamfory pod skórę, napewno jeszcze nieszkodliwą, można uważać, nawet u osobników bardzo wycieńczonych, ilość jej 5 — 6 razy mniejszą od przypuszczalnej dawki śmiertelnej wewnątrzżylniej, co odpowiada — według przyjętej w farmakologii modły obrachunku — co najwyżej $\frac{1}{10}$ do $\frac{1}{12}$ przypuszczalnej dawki toksycznej podskórnej. Dawka ta wynosi więc 2 — 3 gramów dla osobników bardzo wycieńczonych, stosownie do ogólnej wagi ich ciała;

²⁾ Karl Happich. Ueber giftliche und tödtliche Wirkung des Kamphers. Centralbl. f. Gynaekologie. 1905. Nr. 52. Str. 1593.

³⁾ Ztąd oddech chorych, którzy otrzymują znaczniejsze dawki kamfory, czuć nią wyraźnie.

dla osobników zaś z dobrem odżywianiem ogólnem, nie cierpiących na moczówkę cukrową lub inne zaburzenia, objęte powyżej listą a), za dawkę maksymalną jednorazową można przyjąć śmiało dawkę znacznie większą, mianowicie 3,0—5,0 gramów, stosownie do wagi ciała odpowiedniego osobnika.

Powyższe wyliczenie, oparte na ocenie najnowszych rzeczonych doświadczeń HAPPICH'a, zbiega się z dawno posiadanem przeze mnie doświadczeniem klinicznym.

Od lat, mianowicie, 15-u używam do wstrzykiwań podskórnych kamfory wyłącznie 25% jej roztworu w oliwie⁴⁾ i nieraz zdarzało mi się ocalić życie choremu tylko dzięki temu, że mu wstrzyknąłem tego roztworu 10—15, a nawet do 20 strzykawek w ciągu 1—2 godzin. Przypadków tego rodzaju mam w pamięci długi szereg. Dla przykładu jednak przytoczę kilka, należących do rozmaitych grup.

Pewnego razu (r. 1898) przywieziono do szpitala na prowadzony podówczas przeze mnie oddział kobiecy 23-letnią osobę, która otrula się karbolem w napadzie melancholii płożowej. Była nieprzytomna, zimna, zupełnie bez tętna, tony serca były już tak słabe, że z trudnością mogliśmy je wysłuchać; oddychała już rzadko, i powierzchownie, rogówki nie reagowały na dotknięcie szpilką. Zdawało się, że istotnie już kona. Jednakże dzięki energii i wytrwałości kolegów TRYJARSKIEGO i ETTINGERA, których prosiłem, by wstrzykiwali tej chorej po 2 strzykawki 25% roztworu kamfory, początkowo co 5 minut aż do ukazania się śladów tętna, a potem co 15 minut w ciągu 2 godzin, chorą tę udało się uratować. Żyje dotąd. Wstrzyknęliśmy jej wtedy ogółem około 30 strzykawek w ciągu 10 godzin (7,5 gram. kamfory czystej), z których około 20 w ciągu pierwszych 2 godzin (około 5 gramów

czystej kamfory). Wymienieni koledzy zaczęli wtedy swoją pracę w moim oddziale. Pamiętam, jak wspólnie z siostrą miłosierdzia dziwili się w tym przypadku nieoczekiwanym już zgół skutkom kamfory i tolerowaniu przez organizm takich jej dawek. Nalegałem na takie postępowanie dlatego, że istotnie do stracenia nie już w tym przypadku nie było, wiedziałem zaś już wtedy z doświadczenia, które zdobyłem był z praktyki w rozpaczliwych przypadkach na Powiślu oraz z dyżurów moich, jako miejscowego lekarza w szpitalu, że kamfory można w podobnych przypadkach dać tylko zamało, ale nigdy za dużo.

Również imponujący był drugi przypadek, dotyczący mojej służącej oddziałowej w r. 1899. Zachłysnęła się grubą błoną posyfilityczną w tchawicy. Gdy padła i przeniesiono ją na łóżko, szok był tak wielki, że zdawało się siostrze miłosierdzia i służbie, że już umarła. Gdy, zapaliwszy gromnicę, klęczeli i ostatnie modły nad nią odprawiali, przypadek chciał, że wróciłem po coś do oddziału (była 13^{3/4} p.p.) i fatalną tę scenę zobaczyłem. Usunąwszy wszystkich i stwierdziwszy, że serce jeszcze bije, wstrzyknąłem dziewczynie od razu pięć strzykawek 25% roztworu kamfory i powtarzałem dalsze wstrzykiwania dotąd, aż tętno nie tylko wróciło, ale stało się równem, około 70. Obliczyłem wtedy, że wstrzyknąłem w ciągu godziny z górą 4,0 kamfory. Nigdy nie zapomnę oburzenia całego otoczenia, gdy mu kazałem wstać i odejść od „zmarłej“, ani skruchy siostry miłosierdzia, gdy tę dziewczynę odratowałem. Gdybym przypadkiem kilka minut później nadszedł, nie byłoby z tą chorą już nic do zrobienia. Gdybym nadto używał zwykłego olejku kamforowego (t. j. 10% kamfory) i wstrzykiwał go po gramie, jak to zwykle u nas widuję, chora byłaby w ciągu kilku minut istotnie umarła. Przykład ten miał dla kilku następnych moich chorych szpitalnych znaczenie decydujące. Siostra bowiem oddziałowa, zdziwiona takim ocaleniem jej służącej,

⁴⁾ Dowiedziałem się przypadkiem w tym roku w Austrii, że t. zw. oficynalny roztwór kamfory w oliwie jest tam stale tej samej siły. U nas, jak wiadomo, jest to 10% roztwór kamfory.

nauczyła się być stanowczą w stosowaniu dużych dawek kamfory pod skórę w takich przypadkach zapaści sercowej, na które dawniej, jak mi to sama mówiła, jako na zupełnie stracone by patrzyła.

Innym razem odratowałem 16 strzykawkami swego roztworu kamfory (≈ 4.0 gr.) 67-ioletniego chorego na zapalenie mięśnia sercowego, który dostał nadzwyczaj ciężkiego ataku dusznicy sercowej z gwałtownym obrzękiem płuc, po zgniewaniu się na syna. Robiłem to w asystencji jednego z kolegów, którego już przy chorym zastałem, a który zameldował mi przy moim wejściu, że nie da się już nic zrobić u tego chorego. Przykładów tego rodzaju mógłbym przytoczyć kilkadziesiąt. Powyższe jednak, w których dobrze pamiętam dawkę zastosowanej przeze mnie kamfory, wystarczają, ażeby przekonać, jakie dawki tego środka chorzy, bez względu na rodzaj przyczyny zapaści znoszą bezkarnie prawie że jednorazowo, i że im to wprost, w dosłownym znaczeniu tego wyrazu, życie zawdzięczać mogą.

To samo dotyczy kilkunastu przypadków ostrych chorób zakaźnych, w których przybyłem w chwili rozpaczliwej zapaści serca. Zawsze stosowałem w nich po 5 — 10 i więcej strzykawek 25% kamfory w oliwie w ciągu 1 — 2 godzin. Z pomiędzy szeregu takich chorych, którym udało mi się odratować przez konsekwentne wstrzykiwanie kamfory w ciągu kilku godzin, nigdy nie zapomnę przypadku dwustronnej pneumonii krupowej, do którego byłem wezwany na prowincję w lutym r. 1902. Chory w chwili mego przyjazdu był w takiej zapaści, że sam na jego widok się przeraziłem. To też, nie badając go nawet, wstrzyknąłem mu w ciągu 40 minut 10 strzykawek 25% roztworu kamfory. Ocknął się, a potem usnął. Powtarzałem potem wstrzykiwania co godzinę aż doprowadziłem chorego do tego stanu, że mogłem go zbadać. Chory ten, podtrzymywany potem szeregiem iniekcji kamfory jeszcze przez 2 dni, u które-

go, nawiasem mówiąc, kol. TROCZEWSKI operować musiał potem odmě ropną, dźwignięty z tej śmiertelnej zapaści, żyje dotąd.

Widząc tyle tak efektownych przypadków działania kamfory, stosuję ją u chorych szpitalnych i na mieście w takiej ilości, jak nikt z kolegów. Nie używam bowiem nigdy piżmowca i prawie nigdy kofeiny do pobudzenia czynności serca. Pierwszy uważam za niepewny, drugiej zaś nie używam dla tego, że z dawkami jej trzeba się, bądź co bądź, liczyć. Gdy więc idzie o wstrzykiwanie podskórne, poza moją lub innego lekarza obecnością, wolę środek nierównie mniej trujący, a pewny w swoich skutkach, jakim jest kamfora. Ma on przytem dla mnie tę wyższość nad wszystkimi lekami, że nie znam zupełnie klinicznego przeciwwskazania do jego stosowania w dawkach wyżej wymienionych, czego przecież o kofeinie żaden doświadczony lekarz powiedzieć nie może. Przeciwwskazania, podane obecnie przez HAPICH'a, można uważać za dotyczące się tych najbardziej wyjątkowych przypadków, w których dawka 1—5 gramów kamfory, zastosowana w ciągu godziny, choremu pomódz nie zdoła. Ale takim chorem, według mego doświadczenia, nie już nie pomaga, nawet eter.

Tu śpieszę dodać, że błędne jest mniemanie, powtarzane przez każdą nową książkę za starą, jakoby działanie kamfory występowało bardzo powoli. Działa ona niewątpliwie w ciągu paru do kilku minut, jeżeli wstrzyknięta dawka nie była zbyt mała w stosunku do stopnia zapaści i jeżeli została wstrzyknięta głęboko pod skórę tułowia, a nie kończyn. Wstrzykiwanie kamfory lub wogóle środków, pobudzających serce, w kończyny uważam za błąd, z którym się, niestety, często spotykam. Wszak jasne jest, że w stanach zapaści pomoc od stosowanych podskórnie środków jest tem szybsza, im bliżej serca je wstrzykujemy.

Osobiście nie wstrzykuję kamfory nigdy inaczej, jak pod pachę lub w podżebrze. Wstrzy-

knięta tutaj właśnie i w dawkach dużych (nigdy mniej, niż 0,5), kamfora działa szybko i, jak powiedziałem, nieraz wprost zadziwiająco.

Mylne też jest twierdzenie, jakoby wstrzyknięcia kamfory były bolesne. Jeżeli dokonać ich podskórnie, a nie w skórę, i igłą, nie zmoczoną w roztworze kamfory, to wstrzyknięcia nigdy nie są bolesne i nigdy śladu nawet po sobie nie zostawiają, naturalnie, o ile były dokonane aseptycznie.

Stosowanie powyższych dawek kamfory w przypadkach ratowania chorych z ciężkiej zapaści ma na moim oddziale miejsce stałe. Cały personel oddziału wie, że dawki te niczem nie grożą, i dlatego siostry miłosierdzia mojego oddziału ratowały nieraz takich chorych, o których mówią mi same, że gdyby nie miały doświadczenia, zdobytego u mnie, nie byłyby nawet próbowały ich ratować. Dlatego również energicznej pomocy starszych z pomiędzy moich pomocników zawdzięczam uratowanie szerego rozpaczliwych przypadków w szpitalu i na mieście. Jednemu z moich kolegów doświadczenie w tym kierunku pozostałych uratowało matkę z wyjątkowo ciężkiej zapaści przy napadzie duszniczym bolesnej tylko dlatego, że nie bali się działania kamfory i wstrzykiwali ją w bardzo dużych dawkach aż do ukazania się i wyrównania tętna. A miało to miejsce po zostawieniu chorej bez pomocy przez innego kolegę, który wstrzyknął był chorej 1.0 olejku kamforowego i odszedł w przekonaniu, że nie energiczniejszego wykonać się już nie da.

Faktem bowiem jest, że ile razy spotykam się w analogicznych przypadkach z innymi kolegami, muszę włożyć dużo energii w to, by ich przekonać, że 1) kamfora pobudza serce lepiej i trwalej od wszelkich innych środków, 2) że trzeba jej w tym celu wstrzykiwać dużo i wytrwale aż do otrzymania możliwie najlepszego tętna, i 3) że niema potrzeby obawiania się jej trujących własności. Zdarzało mi się kilkakrotnie być przy podobnej robocie do słownie chwytanym

przez kolegów za rękę, gdyż obawiali się, że chorego otruję. A jednak nigdy drgawek, furi balucynacy i t. p. od stosowania dużych dawek kamfory nie widziałem. Parę razy widziałem tylko krótkotrwałe, ale i to spokojne, gadulstwo.

Przeciw tak przesadnej u nas obawie wstrzykiwania większych dawek kamfory muszę protestować z tem większą stanowczością, że dojść nie mogę źródła, skąd ona u nas powstała. Podręczniki wprawdzie farmakologii nie wskazują, jak często można wstrzykiwać kamforę pod skórę, ale za to w każdej monografii klinicznej (np. u JURGENSEN'a, L. KREHL'a i t. p.) zaburzeń serca znaleźć można wyraźną wzmiankę, że dawka kamfory pod skórę wynosi 5 strzykawek⁵⁾, często powtarzanych, lub 0.1 — 0.2 „co 15 minut, bardzo dużo razy dziennie”. A tymczasem u nas tylko chirurdzy, i to względnie, śmieiej kamforę stosują.

Powtarzam więc jeszcze raz, że w przypadkach zapaści stosuję od 1 — do 5 gr. w ciągu godziny lub dwóch, i że taka dawka nigdy żadnych objawów otrucia u żadnego z moich chorych nie wywołała. Ratowałem zaś, ew. leczyłem w ten sposób bardzo wiele dziesiątków osób w ciągu ubiegłych lat 16-u.

Nadmieniam również, że nigdy zapaści wtórnej po zaprzestaniu wstrzykiwań kamfory nie spostrzegałem. Naturalnie, w tym celu robię te wstrzyknięcia stopniowo coraz rzadziej w ciągu pierwszego dnia, a w ciągu następnych 2 — 3 dni podaje kamforę tylko do wewnątrz, zawsze po 0.12, zmniejszając tylko stopniowo ilość podawanych proszków.

Do wewnątrz podaje kamforę we wszystkich ostrych chorobach zakaźnych. Dawką, że tak powiem, zapobiegawczą, jest dla mnie 0.06 po 3 — 4 razy dziennie. Jeżeli tylko w przebiegu np. tyfusu, zapalenia płuc i t. p. tony serca są

⁵⁾ Nothnagel's Spez. Path. u. Ther. XV. I. 1. Str. 209.

Ditto. XV. I — 5, Str. 217.

głuche lub tętno zbyt małe, naddwubitne, albo choćby najmniej niemiadowe, podaję stale kamforę, po 0,12 — od 4 razy dziennie aż do sześciu lub ośmiu, a ewentualnie wyjątkowo (jeżeli wstrzyknąć podskórnych stosować nie można), nawet 12-u razy na dobę. Zwykle zaś w przypadkach cięższych dodaję do 4 — 6 wspomnianych proszków dziennie po kilka wstrzyknąć podskórnych, zawsze po 0,25. Tylko w wyjątkowych przypadkach dodaję do kamfory nieco kofeiny. Takiego, prawie wyłącznego leczenia chorób zakaźnych kamforą, i to zarówno u dorosłych i starców, jak u dzieci, nigdy żałować nie miałem potrzeby. Nigdy, podobnie jak i po wstrzykiwaniach, nie spostrzegałem żadnych objawów nerwowych i nigdy, ale to nigdy, nie widziałem podrażnienia żołądka kamforą, którego to podrażnienia boją się u nas szczególnie koledzy. Nie wiem nawet, skąd powstała podstawa do podobnych obaw. Gdybym bowiem liczył osobników, leczonych przezemnie za pomocą kamfory, podawanej do wewnątrz, tylko na 2000, a było ich stanowczo więcej, to sądzę, że już sam fakt nieobserwowania objawów żołądkowych po kamforze u takiej liczby osób upoważnia mnie chyba do twierdzenia, że częsta u nas obawa przed kamforą z tego jakoby powodu jest przesadą, opartą, być może, na złym spostrzeganiu i na hołdowaniu zasadzie: *post hoc ergo propter hoc* w przypadkach, w których mogły być inne, uboczne powody do wymiotów.

Również nie wiem, skąd powstał u nas zwyczaj przepisywania do wewnątrz dorosłym kamfory w dawkach 0,01—0,02, tak że dawki 0,05 spostrzegam już wyjątkowo rzadko.

Przejrzawszy teraz właśnie kilka podręczników farmakologii, (WYRZYKOWSKI⁶⁾, NOTHNAGEL i ROSSBACH str. 474, BERNATZIK⁷⁾), znajduję w nich potwierdzenie swojego dawkowania kamfory: podają one, jako jednorazowe dawki we-

wnętrzne, 0,05 — 0,3 lub 0,5 (NOTHNAGEL) Wynika stąd, że, podając chorym po 0,12 do 0,25, postępuję jeszcze, i w myśl podręczników, bardzo oględnie. Rzeczona podręczniki zaznaczają, że dawka poniżej 0,05 jest bez godnego uwagi skutku. Zdanie to mogę tylko potwierdzić. To też bardzo się ucieszyłem, gdy w N. 17 „Medycyny” z r. b.⁸⁾ znalazłem kilkumiesięczną wzmiankę kolegi ARNSTEINA, namawiającą do śmielszego, niż dotąd, dawkowania kamfory.

Oprócz przypadków zapaści, w których kamfora w dużych dawkach życie chorym przywraca, i oprócz chorób zakaźnych, stosuję kamforę względnie często u chorych sercowych i bardzo często u nerkowych. U tych ostatnich, zwłaszcza przy obostrzeniu się sprawy zapalnej, kiedy idzie o działanie na serce bez podrażnienia nerek, kamfora jest, zdaniem mojem, środkiem, niczem zastąpić się nie dającym. Nadto zdarzyło mi się wielokrotnie spostrzegać wybitny wpływ potęgujący kamfory na działanie innych środków sercowych, nie wyłączając naparstnicy. To też dość często dodaję do niej i do innych środków sercowych lub moczo-pędnych po 0,12—0,2 kamfory po 3—5 razy dziennie. Tu śpieszę zaznaczyć, że nawet u chorych nerkowych nie widziałem nigdy objawów, któreby budziły podejrzenie, że zależą od otrucia kamforą, bo o otruciu kamforą przy stosowaniu jej w tych dawkach mowy być nie może, jeżeli się ma choć trochę doświadczenia w jej stosowaniu. Przeciwnie, mnóstwo chorych na zapalenie nerek, nawet ostre, znosi kamforę znakomicie. Niektórzy jej tylko dość znaczne przedłużenie życia zawdzięczają. Do nich należał nprz. zmarły na zapalenie nerek prof. Nawrocki, który na szereg miesięcy przed śmiercią wymiotował wszystko, z wyjątkiem tylko kamfory.

Rzecz jasna, że kto chce mieć prawdziwie dobre skutki od stosowania kamfory w wymie-

⁶⁾ Wyrzykowski Józef. Farmakologia ogólna i szczególna. Warszawa. 1874. T. II. Str. 12.

⁷⁾ Bernatzik i Vogl. L. c. Str. 632.

⁸⁾ Str. 326.

nionych dawkach, ten powinien ją przepisywać wcześniej, a nie wtedy, kiedy chory jest już w stanie rozpaczliwym. To ostatnie — i to przy zachowaniu dawek po 0,01 do 0,05! — ma u nas miejsce tak pospolicie, że wskutek tego chorzy receptę kamfory uważają za „*signum mali ominis*”. Nieraz dawniej dużo z tego powodu miałem przykrości, ale nigdy nie ustępowałem i śmiałem twierdzić, że choć w pewnym stopniu przyczyniłem się do wykorzenia u nas obawy przed kamforą. Wykorzenie ją zupełnie mogą tylko wszyscy koledzy wspólnie przez wczesne stosowanie tego znakomitego środka, przytem we właściwych dawkach, t. j. po 0,06—0,20 i wyżej, choć to ostatnie rzadko jest potrzebne.

Sprawę kamfory omówiłem umyślnie obszerniej. Bardzo idzie mi o to, by stosunek do niej kolegów wyjaśnił się należycie. Twierdzę bowiem z całą stanowczością, iż w naszym lecznictwie nie posiadamy leku, co do którego byłaby tak ważną i chwila przystąpienia do jego zastosowania, i zastosowana dawka, jak to ma miejsce z kamforą. Życie chorego zależy tu istotnie wprost tylko od tego, co postanowi leczący go lekarz. Wahanie się z szybkim zastosowaniem kamfory lub stosowanie jej w zbyt małych dawkach może być powodem utraty ostatniej chwili możliwego jeszcze ratunku.

W końcu nadmienię, że z preparatów kamfory stosowałem nieraz bromek kamfory (*Camphora monobromata*) w dawkach 0,25—0,4 cztery razy dziennie przy gwałtownem podrażnieniu płciowem u kobiet w okresie przekwitania. Znosiły one te dawki znakomicie, i skutek ich stosowania był najczęściej w pożądanym przebiegu kierunku pomyślny.

(D. n.).

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpitalu Żydowskim na Czystem.

NOWOTWÓR ŚRÓDPIERSIA I RDZENIA.

(O powstawaniu rozsianych drobnych ognisk naczyniowo-sklerotycznych w rozmaitych cierpieniach rdzenia i o pochodzeniu ciałek amyloidowych).

Podali

E. FLATAU i J. KOELICHEN.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 41).

Wyciągając dalsze wnioski z analogicznego umiejscowienia zmian patologicznych w omawianych przez nas przypadkach, przypuścić musimy, że droga, po której czynniki infekcyjne lub toksyczne dostają się do rdzenia, musi być we wszystkich jednakowa. Najprostszem prztem wydaje się przypuszczenie, że drogę tę stanowią naczynia krwionośne, sprawa bowiem najwidoczniej rozpoczyna się w ich ścianach i w najbliższym ich sąsiedztwie. Przypuszczenie to jednak nie tłumaczy nam całego mechanizmu powstawania zmian, umiejscowionych wyłącznie w pewnych okolicach rdzenia. Pozostaje nierozstrzygniętem, dlaczego w opisywanych przypadkach zajęta bywa przeważnie istota biała rdzenia, przyczem największym zmianom ulegają słupy tylne i tylna część słupów bocznych. Oczywiście wobec tego o umiejscowieniu zmian w rdzeniu w powyżej opisywanych przypadkach decydować muszą jakieś nam bliżej nieznane warunki. Być może, że drogę, którą dostają się do rdzenia substancje szkodliwe, stanowią nie same tylko naczynia krwionośne, lecz i otaczające je naczynia chłonne.

W każdym bądź razie zmiany powyżej opisane, stwierdzone w rdzeniu przy rozmaitych chorobach, zaliczyć należy do jednej kategorii zmian histo-patologicznych. Różnice w szczegółach budowy histopatologicznej ognisk zależeć mogą od charakteru czynnika etiologicznego.

go, który w pewnych przypadkach wykazuje działanie intensywniejsze, powodując zmiany, szybko przebiegające, ostre, w innych zaś działa powolniejsze i słabsze, wywołując zmiany, rozwijające się stopniowo, o charakterze przewlekłym.

Co się tyczy klinicznego obrazu cierpienia, spowodowanego przez powyżej opisane zmiany w rdzeniu, to obraz ten bywa w przypadkach poszczególnych nader różnorodny. Jeżeli bowiem ogniska okołonaczyniowe rozsiane są na całej długości rdzenia w nieznacznej tylko liczbie, wtedy mogą one nie powodować żadnych zgoła objawów klinicznych, jak to bywa zwykle przy zmianach starczych oraz w wielu przypadkach, powstałych na tle małokrwistości. Jeżeli jednak liczba tych ognisk będzie dostatecznie wielka, to, zależnie od przeważnego umiejscowienia ich w słupach tylnych lub bocznych, zjawiają się objawy, zbliżone do tabetycznych, lub też objawy spastyczne, albo wreszcie kombinacja tych objawów.

Na zakończenie pragnęlibyśmy jeszcze zwrócić uwagę na kilka szczegółów, dotyczących obrazu patologicznego rdzenia w naszym przypadku. Zwrócimy się przedewszystkiem do omówienia zwyrodnienia, stwierdzonego za pomocą metody MARCHIEGO, we wchodzących do rdzenia korzeniach tylnych w dolnych odcinkach lędźwiowych i górnych krzyżowych. Podobne zwyrodnienie korzeni tylnych w dolnych odcinkach rdzenia spotykano niejednokrotnie w guzach mózgowia, zwłaszcza zaś w guzach mózdzku. Dzięki badaniom BATTEN'a i COLLIER'a, MAYER'a, HOCHÉ'go, FINKELNBURG'a a zwłaszcza NAGEOTTE'a oraz PHILIPPE'a i LEJONNE'a (p. pracę RAYMOND'a w *Revue neurologique* 1904. N. 97.) wyjaśniło się, że zwyrodnienie w korzeniach tylnych powstaje na skutek wzmożonego ucisku płynu mózgo-rdzeniowego na te korzenie. Przyczem NAGEOTTE uzależnia zmiany w korzeniach od bezpośredniego działania ucisku na same korzenie tylne, podczas gdy PHILIPPE i LEJONNE,

stwierdziwszy w węzłach międzykręgowych objawy obrzęku tkanki ze zmianami w komórkach nerwowych tych węzłów, uważają zwyrodnienie korzeni tylnych za wtórne. Podobne przypuszczenie co do zmian, zachodzących w stanie odruchów przy sprawach uciskowych w rdzeniu, wypowiedział już dawniej STRÜMPFELL w pracy swej o odruchach.

Zwracając się do naszego przypadku, przypuścić musimy, że i tutaj zmiany w korzeniach tylnych powstały w podobny sposób: Obecność nowotworu w kanale kręgowym spowodowała wzmożenie ciśnienia w płynie mózgordzeniowym, które, jak to bywa przy guzach mózgowia, odbiło się przedewszystkiem na korzeniach tylnych dolnego odcinka rdzenia (po stronie lewej, po prawej zaś stronie zwyrodnienie nie było dość wyraźne). Zwyrodnienie, stwierdzone w korzeniach tylnych górnych odcinków krzyżowych, wyjaśnia nam stwierdzony klinicznie objaw braku odruchów ze ścięgna Achillesa, którego łuk odruchowy przechodzi przez te właśnie korzenie.

Drugim szczegółem patologicznego obrazu, którym się jeszcze zająć pragniemy, są ciała amyloidowe, spotykane w naszym przypadku w tak znacznej liczbie na skrawkach rdzenia. Co do pochodzenia i znaczenia tych ciałek zdania nie są ustalone. Istnieją co do tego dotychczas trzy zazadniczo różniące się od siebie poglądy. Według najdawniejszego i najbardziej rozpowszechnionego mniemania, ciała amyloidowe tworzą się z produktów rozpadu otoczki myelinowej włókien nerwowych, dzięki nieznanym nam bliżej przemianom chemicznym rozpadłej myeliny. Stronnikami tego poglądu są VIRCHOW, ROKITANSKY, RIBBERT, SIEGERT, CECI i przez WOLF. RIBBERT objaśnia powstawanie ciałek połączenie rozpadłej myeliny z białkiem, które uległo zwyrodnieniu hyalinowemu. SIEGERT zaś widzi w nich produkt połączenia myeliny z sokiem tkankowym.

Drugi pogląd uzależnia powstawanie ciałek amyloidowych od pęcznienia wyrostków osiowych i zmian w nich zachodzących. Pogląd ten podzielają SCHMAUS i STROEBE, przyczem ostatni sądzi, że w tworzeniu się tych ciałek pewien udział bierze i myelina, która przepaja spęczniałe wyrostki osiowe, nadając im wygląd bardziej jednolity i ścisły.

Trzeci wreszcie pogląd zupełnie odmienny od dwóch pierwszych wypowiadają REDLICH i OBERSTEINER, uzasadniając pochodzenie *corpora amylacea* od komórek neuroglei, przyczem REDLICH ma przedewszystkiem na myśli jądra tych komórek. Na uzasadnienie swego poglądu przytacza REDLICH ten fakt, że ciałka amyloidowe znajdujemy zwykle w tych miejscach układu nerwowego, które obfitują w neuroglię. W rdzeniu miejscami, w których najczęściej spotykamy te ciałka, bywa obwód słupów tylnych i bocznych, obręb korzeniowy (*Wurzeleintrittszone*) słupów tylnych, otoczka glejowata, wyściełająca brzeg wewnętrzny słupów przednich, oraz wyrostki glei, towarzyszące przegrodom i naczyńiom rdzenia. Ciałka amyloidowe w miejscach tych są równomiernie rozsiane pomiędzy jądrami neuroglei.

W ostatnich czasach sprawą ciałek amyloidowych zajął się KÖLPIN, w pracy którego zreferowana jest literatura dotycząca tego przedmiotu. Na skrawkach rdzenia, zbadanego przez KÖLPIN'a, znajdowały się grupy silnie spęczniałych wyrostków osiowych, kształtem przypominających ciałka amyloidowe. Otóż KÖLPIN zadaje sobie pytanie, czy były to w istocie te ciałka. Za odczyn charakterystyczny dla ciałek amyloidowych uważane jest fioletowo-brązowe ich

zabarwienie otrzymywane przy działaniu na nie jodu i kwasu siarczanego. Sam REDLICH jednak zaznacza, że odczyn jodowy na skrawkach nie zawsze udaje się otrzymać. Wobec tego KÖLPIN poszukuje innych kryteriów, pozwalających odróżnić prawdziwe ciałka amyloidowe od tworów do nich podobnych. Za takie kryterium uznaje on zachowanie się ciałek amyloidowych wobec barwników, zwykle używanych przy badaniach rdzenia. Okazuje się bowiem, że ciałka amyloidowe, opisane przez REDLICH'a, przy zabarwieniu według metody WEIGERT'a nie barwią się wcale lub bardzo słabo, przy zabarwieniu GIESON'em nabierają koloru ciemno niebieskiego i wreszcie barwią się dobrze hematoksylina. Natomiast opisywane przez STROEBE'go spęczniałe wyrostki osiowe barwią się przy metodzie WEIGERT'a mocno brązowo, przy metodzie V. GIESON'a zabarwienie ich bywa czerwono - fioletowe lub czerwono - brązowe, podobne do zabarwienia normalnych wyrostków osiowych, wreszcie wyrostki te przy działaniu hematoksyliny nie barwią się zupełnie, natomiast nabierają koloru czerwonego z połyskiem przy działaniu eozyiny. Wobec powyższego zachowania się względem barwników, KÖLPIN wypowiada przypuszczenie, że pod nazwą ciałek amyloidowych opisywano dotychczas twory zupełnie różnorodne pod względem histochemicznym. Nie odrzuca on jednak i tego przypuszczenia, że spęczniałe wyrostki osiowe są tylko pierwszym okresem przemiany, z którego dzięki nieznanym dotychczas spowom chemicznym tworzą się następnie prawdziwe ciałka amyloidowe.

(D. n.).

IV międzynarodowy Zjazd w sprawach medycyny ubezpieczeniowej.

Podał

Józef Luxenburg.

W szeregu środków, dążących do rozwiązania wielkich zagadnień społecznych, nie małą rolę odgrywają wszelkiego rodzaju ubezpieczenia. W społeczeństwach Zachodnio-europejskich ruch w kierunku rozwoju odnośnych instytucji przybrał szerokie rozmiary. Pociągnęło to za sobą rozwój całych gałęzi naukowych, wytwarzając niejako nowe dziedziny wiedzy. I jeżeli ze stanowiska ściśle naukowego można wiele zarzucić wyodrębnieniu „medycyny ubezpieczeniowej” (Versicherungs-Medicin), to jednak naukowo-praktycznie gałąź ta ma specjalne zagadnienia, ma za sobą swoje metody badania, wymaga specjalnego doświadczenia. Potwierdza się to również przez zainteresowanie, jakie wśród lekarzy towarzystw ubezpieczeniowych wzbudzały zjazdy międzynarodowe medycyny ubezpieczeniowej. Obecny — czwarty z kolei (po Brukseli, Amsterdamie, Paryżu) — odbył się w Berlinie między 11—15 września. Rozkład prac i nieodłącznych mniej lub więcej pokrewnych zjazdowi pokazów, wycieczek i rozrywek dowodził niezwykle umiejętnej organizacji. Uczestnicy obdarzeni zostali obficie odnośną literaturą, której wydanie kosztowało około 1½-sta tysięcy marek — fakt, dowodzący, jak wiele łoży się gdzieindziej pracy i kosztów dla spraw natury ogólnej.

Wśród uczestników nie brakło przedstawicieli wszystkich krajów cywilizowanych. Prezesem był prof. KRAUS, wiceprezesami: prof. FLORSCHÜTZ i UNVERRICHT, sekretarzem D-r BIERBACH.

O wczesnem stwierdzeniu usposobienia do gruźlicy, w szczególności do gruźlicy płuc.

Prof. MARTIUS (Rostock). Sprawa wczesnego stwierdzenia usposobienia do gruźlicy, a

w szczególności do gruźlicy płuc sama przez się dowodziłaby, że teoria o usposobieniu uważana jest jako pewnik. Istotnie też nigdy lekarze towarzystw ubezpieczeniowych nie wątpili o prawdziwości tej tak dawnej doktryny, a praktyka ubezpieczeniowa zawsze się z nią liczyła. Wprawdzie stoi to przekonanie lekarzy-ekspertów w sprzeczności ze wskazówkami bakteriologii, opiera się natomiast na doświadczeniu, z praktyki płynącym i dowodzącym, że ubezpieczeni, pochodzący z rodzin gruźliczych, więcej od innych narażeni są na gruźlicę. Fakt ten, stanowiąc stwierdzony metodą cyfrową, opartą na bardzo licznych spostrzeżeniach, wskazuje, jak ważne jest dla ubezpieczenia wykazanie związków genealogicznych w każdym przypadku. Ref. przytacza pracę, pochodzącą z gotajskiego banku ubezpieczeniowego za okres 50-letni. Z ogółu 22017 zmarłych ubezpieczonych skończyło na gruźlicę płuc 11,63%; jeżeli wyodrębnić grupę tych, którzy przy zawieraniu ubezpieczenia nie mieli żadnych objawów chorobowych, ani wogóle oznak skłonności do gruźlicy, ale których jeden z rodziców lub dwoje z rodzeństwa podlegli gruźlicy (1946 przypadków), to odsetek zmarłych na gruźlicę w tej grupie wyniesie 23,7 czyli dwa razy więcej, aniżeli w poprzedniej. Jeżeli się zwróci uwagę na wielkość liczb, jakimi tu operowano, to wnioski, ztąd płynące tem większej nabierają wagi.

GOTTSTEIN (Berlin). Korreferent. Wczesne stwierdzenie usposobienia do gruźlicy płuc u osobnika dotychczas zdrowego polega przeważnie na wynikach badań statystycznych, opartych na dużych liczbach. Za pomocą metody tej, ściśle użytej, można wyprowadzić prawa ogólne o obciążeniu gruźliczem — pod warunkiem,

że w danym przypadku będziemy mieli jeden silniej wyrażony objaw obciążenia lub kilka słabszych. Obciążenie rodzinne ma miejsce, gdy wśród rodziców lub rodzeństwa były przypadki gruźlicy; usposobienia rodzinnego dowodzą też i inne momenty obciążające, jako też częste przypadki śmierci z ostrych chorób zakaźnych wśród dzieci z rodzeństwa. Obciążenia fizycznego dowodzi a) u osobników wysokich — gdy stosunek średniego obwodu klatki piersiowej do długości ciała jest znacznie niższy od 0,5; b) u osobników średniego wzrostu — gdy oprócz powyższego stosunku poniżej 0,5 są jeszcze inne obciążenia; c) przy bardzo niskiej wadze ciała brak innych po temu powodów; d) *thorax paralyticus*, skrócenie i wczesne skostnienie chrząstki pierwszego żebra (objaw FREUND'a i ROTSCCHILD'a). Przebyte cierpienia gruźlicze innych narządów (gruczoły szyjowe) również stanowią obciążenie, co nie da się jednak powiedzieć o szeregu takich stanów, jak anemia, wychudzenie, o ile niema innych jeszcze danych. Należy też zwrócić uwagę na sposób życia i położenie społeczne.

Prof. FLORSCHÜTZ (Gota), korreferent, podał na zasadzie obfitego materiału szereg cennych tablic, w których zestawione zostały systematyczne pomiary wzrostu, obwodu klatki piersiowej, brzucha, wagi ciała, dotyczące się ubezpieczonych, zmarłych na gruźlicę, oraz innych osobników. Tablice te, mające ogólniejsze znaczenie naukowe, mogą służyć za podstawę przy ostatecznym orzeczeniu o przyjęciu do ubezpieczenia.

GEUNS (Amsterdam) podaje tablice śmiertelności na gruźlicę na zasadzie materiału towarzystwa ubezpieczeń za okres 25-letni.

Znaczenie otyłości dla ubezpieczenia na życie.

RICHTER (Berlin). Określenie otyłości trafia na dość poważne trudności. Zwykle opiera się ekspert na wadze ciała, ewentualnie na pewnych pomiarach, przyczem nie może być mowy o jakiegokolwiek ścisłości; szczególnie w początkowych okresach otyłości pozostawia ta metoda wiele do życzenia. Dotychczasowe dane statystyczne są w tym względzie zupełnie niedostateczne. Poniższe wnioski autor opiera na danych z 407 przypadków otyłości (z pośród

2000 ubezpieczonych). Przeciętna długość życia otyłych jest krótsza w porównaniu z innymi, wynosi ona 47 lat 10 mies. (wobec 50 lat 1 mies. u innych). Najczęstsze choroby otyłych stanowią cierpienia serca, nerek i apopleksye; dalej następują guzy złośliwe, zapalenie płuc, inne zakażenia, cukrzyca, *dementia paralytica*, cierpienia wątroby, najrzadziej — gruźlica. Zabiegi operacyjne dają tu również mniej pomyślne wyniki. Dziedziczność nie odgrywa w statystyce otyłych (ubezpieczonych) tej roli, jaką się jej naogół przypisuje. Odnoszące się tu dane są jeszcze niedostateczne. Ostatecznie należy przyjąć, że otyłość znacznie podnosi ryzyko ubezpieczenia.

W dyskusyi zaznaczona została ważność mało dotychczas poruszanej sprawy oraz konieczność badań statystycznych ze szczególnem uwzględnieniem sposobu życia, żywienia się, używania napojów wysokowych.

Przymiot — wpływ na długość życia, śmiertelność.

BLASCHKO (Berlin). Znaczenie przymiotu dla ubezpieczenia na życie warunkowane jest przez wzrastające rozpowszechnienie się tej choroby oraz powstające ztąd niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia chorych. Dlatego też należy zapoznać się z rozpowszechnieniem i znaczeniem przymiotu, które to punkty autor opracował z przytoczeniem licznych tabel i źródłowych statystycznych danych. Obszernie uwzględnione zostały różne postaci w przebiegu choroby, komplikacje, śmiertelność. Mimochodem zauważymy, że w szeregu przyczyn śmierci syfityków w przytoczonej statystyce naczelne miejsce zajmuje: wiałd mleczna, paraliż postępujący, aneuryzmat aorty — fakt nowy, mocno przemawiający za przymiotowem pochodzeniem tych cierpień.

Wniosek ogólny, jaki z pracy autora wypływa, jest ten mianowicie, że znaczenie wpływu przymiotu na skrócenie życia ciągle jeszcze jest niedoceniane. Autor korzysta ze sposobności, aby wskazać na rozpoczętą we wszystkich cywilizowanych krajach walkę ze wzrastającym niebezpieczeństwem ze strony chorób wenerycznych; wzywa też do poparcia tej walki przez

towarzystwa ubezpieczeniowe, a to w imię chociażby dobrze zrozumianego interesu własnego.

GOLLMER (Gotha). Odnosne dane ze statystyki gotajskiego banku ubezpieczeń za okres 50-letni. Ubezpieczonych z przebytym przymiotem było 1778, z tych 487 przypadków śmierci, co w stosunku do ogółu wszystkich ubezpieczonych wynosi 68%; przyczyny śmierci: choroby układu nerwowego, serca, naczyń, nerek.

KLEINSCHMIDT (Erbelfeld). Dane statystyczne tow. ubez., dotyczące się 2503 przypadków śmierci. Choroby pochodzenia przymiotowego stanowią znaczną część przyczyn śmierci. Należy uwzględnić przy przyjęciu możliwą obecność objawów nerwowych lub naczyniowych oraz sprawę racjonalnej kuracji.

SALOMONSEN (Kopenhaga) zwraca szczególną uwagę na wpływ leczenia, co właśnie uwzględniać zaczęły już niektóre towarzystwa. W tym też kierunku przeprowadzał badania swe TISELIUS (Sztokholm).

O szczepieniu ospy, jako warunku w polisie ubezpieczeniowej przytoczył referat z obszernej pracy swej PFEIFFER (Weimar). Ogólnych praw w tej sprawie proponować nie można, albowiem różne kraje mają różne w tym względzie zarządzenia obowiązujące. W Niemczech, jak wiadomo, szczepienie ospy ściśle jest przeprowadzane obowiązkowo; nowozacieczni w wojsku są rewakcynowani. Apomimo to słyszano głosy (LASSAR), żądające trzeciego szczepienia.

Referent proponuje, aby obcy uczestnicy kongresu wpływali na swoje rządy w sensie prawa niemieckiego. Dodajmy, że w Japonii istnieje szczepienie obowiązkowe od r. 1876, zaś od

1885 dokonywane są rewakcynacje co 5 lat, a to ze względu na krótkotrwałość odporności w ciepłych krajach.

Białkomocz.

W sprawie białkomoczu, stanowiącego naogół przeszkodę przy przyjęciu do ubezpieczenia, daje się ostatnimi czasy zauważyć pewien zwrot, a to na tej zasadzie, że zaczęto odróżniać pewne postacie bezwzględnie szkodliwe od innych mniej szkodliwych, przejściowych.

HINGSTON FOX (Londyn) na zasadzie prac WRIGHT'a odróżnia łagodną (haematogen) postać od nerkowej. Pierwsza pochodzi ze zmniejszonej krzepliwości krwi obok zwiększonego albo też i wcale niezmiennego ciśnienia w naczyniach włosowatych; wskutek tego przenika białko wraz z wodnistymi i solnemi składnikami do dróg moczowych, pomimo że kanaliki nerkowe są niezmienione. Próba kliniczną, wykrywającą tę postać, ma być podawanie nawewnątrz mleczanu wapna, zwiększającego krzepliwość krwi i usuwającego tym sposobem białko — przynajmniej w większości przypadków. Tego rodzaju przypadki kwalifikuje autor do ubezpieczenia.

W dyskusji zaznacza D-r ABELMANN (Petersburg) wynik swoich badań nad białkomoczem ortostatycznym, który nie świadczy bynajmniej o istniejącej chorobie nerek.

MARTIUS dochodzi do podobnego wniosku na zasadzie obfitego materiału wśród dzieci. Natomiast prof. UNVERRICHT (Magdeburg), charakteryzowawszy postać ortostatyczną, cykliczną oraz przejście jednej w drugą, uważa białkomocz w każdym razie za objaw niepomyślny.

(D. n.).

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 sierpnia do 14 września 1906 r.

Płonica w dalszym ciągu była dominującą formą infekcyi w miesiącu sprawozdawczym.

Ogółem z ubiegłego miesiąca pozostało chorych 103 (47 m. 56 k.), przybyło nowych 172 (88 m. 89 k.), wyzdrowiało 128 (63 m. 65 k.), z polepszeniem 1 m., bez polepszenia 1 m., stosownie do rodzaju choroby przeprowadzono do in-

nych szpitali 3 (2 m. 1 k.), zmarło 28 (10 m. 18 k.), na miesiąc następny pozostało 114 (58 m. 56 k.).

Stosownie do rodzaju infekcyi było chorych na:

Płonicę: z poprzedniego miesiąca pozostało 19 (10 m. 9 k.), nowych chorych przybyło

38 (18 m. 20 k.), wyzdrowiało 20 (10 m. 10 k.), zmarło 10 (8 m. 2 k.). Zejścia śmiertelne następowały: skutkiem powikłania złośliwym zapaleniem gardzieli o charakterze błonieczym w jednym przypadku, skutkiem zapalenia ucha środkowego i prawostronnego zapalenia płuc w drugim przypadku, skutkiem zapuszczenia choroby w domu i powikłania zapaleniem ucha środkowego w trzecim przypadku, skutkiem zapalenia nerek, ropnego zapalenia opłucny i następczej pyemii w czwartym, skutkiem zapalenia nerek i ostrego ropnego obustronnego zapalenia gruczołów szyjowych w piątym, prócz tego w 5-iu przypadkach skutkiem ciężkiej postaci płonicy w kilkanaście godzin po przybyciu do szpitalu. Na miesiąc następny pozostaje w leczeniu 26 (16 m. 10 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 626 (340 dni 28 m., 286 dni 29 k.).

Przybyli z następujących ulic i domów: Browarna 15, Chmielna 49, Erywańska 8, Freta 39, Gęsia 55 (2 przyp.), 69 (2 przyp.), Krochmalna 69, 8, Kupiecka 12 (2 przyp.). Leszczyńska 7, Młynarska 8, Nowodzika 6, Nowolipie 69, Nowokarmielicka 9, Łucka 35, Nowowolska 10, Pawia 26, 59, Podgórna 15, Nowowiejska 1, 22, Śliska 4, 76, Tłomackie 3, Plac Zamkowy 1 — 4, Rozbrat 4, Sosnowa 14, Wolska 44 i ze wsi Czyste, Grabówka i Wola.

Krwawa biegunka. Z poprzedniego miesiąca pozostało 6, (5 m. 1 k.), przybyło nowych 18 (14 m. 4 k.), wyzdrowiało 16 (11 m. 5 k.), 1 m. wypisany z polepszeniem, 7 pozostało na miesiąc następny. Dni szpitalnych przebyli chorzy 264 (210 dni — 19 m., 54 dni 5 k.).

Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Dobra 5, Karmielicka 10, Krzywe Koło 8, 26, Łamana 5, Łucka 16, Mokotowska 36, Nowowolska 10, Pawia 49, 74, Stalowa 5, Śliska 16, Solec 66, Stare miasto 18, 38, Żytia 18 i ze wsi Czyste.

Ospa. Pozostało z poprzedniego miesiąca 16 (8 m. 8 k.), przybyło nowych 18 (9 m. 9 k.) i wyzdrowiało 9 (4 m. 5 k.), zmarło 6, nieszczepionych od urodzenia, w jednym przypadku skutkiem powikłania zapaleniem płuc. Między przybyłymi jeszcze 4 m. było nieszczepionych, na miesiąc następny pozostało 19 (9 m. 19 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 437 (252 dni 17 m., 185 dni 17 k.).

Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Czerniakowska 8, Dobra 53, Dzielna 33, Furmańska 10 (2 przyp.), 14, Mostowa 13, Miejdżana 7, Nalewki 9, Nowolipie 69 (2 przyp.), Nowolipki 38 (2 przyp.), Radzywińska 27, Śliska 27, Wronia 21, Wolska 11.

Róża. Z poprzedniego miesiąca pozostało 19 (7 m. 12 k.), przybyło nowych 25 (7 m. 18 k.), wyzdrowiało 18 (8 m. 10 k.), zmarło 4 k. Zejścia śmiertelne nastąpiły w przypadku skutkiem powikłania zapaleniem opon mózgowych, w 2-ch przypadkach skutkiem zapalenia różycowatego o charakterze gnilcowym (przewiezieni ze szpitala Dz. Jezus w stanie bardzo ciężkim), w jednym przypadku skutkiem róży wędrującej i uwiadu starczego. Na miesiąc następny pozostało 22 (6 m. 16 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 645 (14 m. 205 dni, 30 k. 440 dni).

Przybyli chorzy z następujących ulic i domów:

Bednarska 10, Brązowa 43, Kacza 10, Nowolipki 28, Nowowiejska 32, Niecała 4, Nowolipie 42, Smocza 14, 50, Targowa 27, Twarda 61, Muranowska 8, Prosta 34, Wielka 12, Wielka 50, Wspólna 10, Wolska 20, 44, Żelazna 15 i Chłodna 11 i ze wsi Czyste, Ochota, Podgórze i Żegrze.

Tyfus brzuszny. Z poprzedniego miesiąca pozostało 17 (8 m. 9 k.), przybyło nowych 13 (6 m. 7 k.), wyzdrowiało 14 (7 m. 7 k.), zmarło 2 (1 m. 1 k.), pozostało 14 (6 m. 8 k.). Zejścia śmiertelne nastąpiły skutkiem ciężkiej formy tyfusu brzuszego w jednym przypadku, skutkiem powikłania tyfusu zapaleniem ucha środkowego i opon mózgowych (autopsya), na miesiąc następny pozostało 14 (6 m. 8 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 449 (14 m. 200 dni, 16 k. 249 dni).

Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Cicha 4, Młynarska 12, Pańska 66, Podwale 14, Sapieżyńska 5 (2 przyp.), Solec 70, Topiel 7, Wolska 53, Wójtowska 1 i ze wsi Koło, Łapinus i Wola.

Tyfus wysypkowy. Z poprzedniego miesiąca pozostało 4 (2 m. 2 k.), przybyło nowych 7 (6 m. 1 k.), wyzdrowiało 5 (2 m. 3 k.), zmarł 1 m. skutkiem ciężkiej postaci tyfusu wysypkowego, 5 m. pozostało na miesiąc następny.

Dni szpitalnych przebyli chorzy 136 (76 dni 8 m., 60 dni 3 k.).

Przybyli chorzy z Marszałkowskiej 71, Pańskiej 66 (5 przyp.), i ze wsi Wola.

Błonica. Z poprzedniego miesiąca pozostał 1 m., przybyło nowych 12 (9 m. 3 k.), wyzdrowiało 9 (8 m. 1 k.), zmarł 1 przy objawach upadku działalności serca skutkiem ostrego zapalenia wsierdza (autopsya), na miesiąc następny pozostało 3 (1 m. 2 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 139 (10 m. 109 dni, 3 k. 30 dni.).

Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Brukowa 11, Dzielna 31, Krochmalna 73 (3 przyp.), Mazowiecka 11, Szpitalna 4, Ś. to Jańska 55, Plac Św. Aleksandra i ze wsi Pruszków.

Odra. Z ubiegłego miesiąca pozostało 11 (4 m. 7.), przybyło nowych 13 (5 m. 8 k.), wyzdrowiało 14 (3 m. 11 k.), zmarło 2 (1 m. 1 k.), 1 m. skutkiem powikłania zapaleniem kiszek, na miesiąc następny pozostało 8 (5 m. 3 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 247 (9 m. 106 dni, 15 k. 141 dni).

Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Bednarska 11, Długa 52, Grzybowska 57, Krochmalna 73, Maryańska 3, Nowogrodzka 27, Nowomila 1, Wronia 30, Żórawia 21, Złota 30 i ze wsi Wola. (2 przyp.).

Karbunkuł złośliwy. Z ubiegłego miesiąca pozostało 2 m., przybył 1 m., wyzdrowiało 2 m., 1 m. zatrzymany na miesiąc następny. Dni szpitalnych przebyli chorzy 39.

Prócz tego z ubiegłego miesiąca pozostawały chore na nieżyt oskrzeli przy dzieciach 4 k., 2 k. na neurastenię ze służby szpitalnej, 2 k. z potłuczeniem goleni.

Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przebywali chorzy 4 (3 m. 1 k.) na grypę, zapalenie płuc 2 m., na neurastenię 1 k., na ostry nieżyt oskrzeli 6 k. przy dzieciach, rozedmę płuc 1 m., na kataralne zapalenie płuc 1 k., zapalenie opon mózgowych 1 k. na zapalenie opłucny 1 m., ogniskowe zapalenie gardzieli 6 (3 m. 3 k.), ropień podprzeponowy 1 k., ostrą gruźlicę prosówkowatą 1 k., ostry nieżyt żołądka i kiszek 1 m.

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym 275 chorych przebyło dni szpitalnych 3298.

Zamiejscowych chorych przybyło 22 (14 m. 8 k.).

Badań pośmiertnych dokonano 2.

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala Św. Stanisława wydano 8 (4 m., 4 k.), z braku miejsc 19 (11 m. 8 k.).

Śmiertelność miesięczna 10,1%.

Wiadomości bieżące.

— Stan Warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy w dniu 1 października r.b. przedstawia się, jak następuje: Członków obecnie jest 148. Majątek Kasy stanowią: 1) W Banku Handlowym a) renty państwowej 20000, b) depozytu rub. 700, c) go-

towizną rub. 117 kop. 39; 2) Pożyczki, a) zwykłe wekslowe rub. 10214, b) za poręczeniem rubli 4719, c) pod zastaw rub. 350, d) na hipotecę rub. 6000; 3) W Kasie rub. 280 kop. 68; 4) Ruchomości rub. 141 kop. 48; 5) Kupon bieżący rub. 67. Razem majątek wynosi rub. 42589 kop. 55.

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

(skoncentrowanej i oczyszczonej hemoglobiny (niem. pat. № 81391) 80,0, chemicznie czystej gliceryny, włączając w to i istotę smak poprawiającą 20,0).

Energiczny środek odtworzący krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wysmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie i in. chorobach.

Odznacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtworzący krew, dyetetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

— Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA**. —
Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju); dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezplatną przesyłką próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

NIKOLAI i K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33.

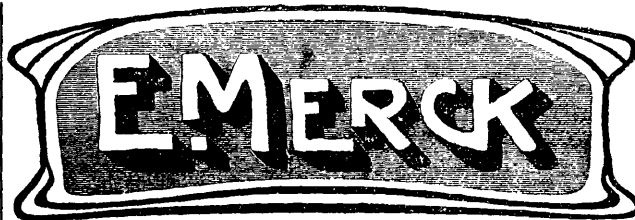
Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydiftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokokowa—Menzler'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnosticon—
Fickler'a
Jequiritol—Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy Służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmięzowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwnieżylny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrin

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokałną szczególnie przydatny do zniesienia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatylna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieżylnymi ostryżnościami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aqua laurocerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działania. morfiny i innych pochodn. tejże.

Bromipin 10%

W oryginalnych fiakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, roztrząsanie nerwów. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych fiakonach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych fiakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: żołądek, kaszel oskrzelowy emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych fiakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub mięśniowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoïdin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstotści pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieżylny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się obficie oryginalne preparaty Merck'a Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesiączkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.